



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA ART. 4º LEY 8577

Afiliado/a N°

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

T/N Documento Nro.:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono fijo:

Celular:

Correo electrónico:

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente:

Fecha de Casamiento o inicio de convivencia: D.N.I.:

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Nombres de los hijos/as menores de edad o mayores incapacitados:

Fecha de Nacimiento:

A Cargo: Inválido:

| Nombres de los hijos/as menores de edad o mayores incapacitados: | Fecha de Nacimiento: | A Cargo: | Inválido: |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Otros familiares:

Fecha de Nacimiento: A Cargo: Inválido:

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

FIRMA DEL AFILIADO

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA:

Fecha cierta de presentación

FIRMA Y SELLO



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

CÓRDOBA,

NOTIFICACIONES JUBILACIÓN ART. 40 LEY 8577

→ ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UN BENEFICIO **NO IMPLICA EN MODO ALGUNO LA SEGURIDAD DE QUE ESE BENEFICIO SEA OTORGADO** SINO QUE SE INICIA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO DEL LEGAJO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGÚN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.

→ ME NOTIFICO QUE UNA VEZ OTORGADO EL BENEFICIO DE LA JUBILACIÓN ORDINARIA COMO LO DISPONE LA LEY 8577 EN SU ART. 40, NO PODRE ACCEDER AL BENEFICIO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD.

→ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL BENEFICIO DE JUBILACIÓN ORDINARIA DEBERÉ ESTAR AL DÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR CUALQUIER TITULO PARA CON LA CAJA CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 79 DE LA LEY 8577. ASIMISMO EN EL CASO DE SER TITULAR DE UN CRÉDITO YA OTORGADO, CON DEUDA POR CUOTAS EN MORA Y SOLICITAR EL BENEFICIO DE JUBILACIÓN ORDINARIA, DEBO REGULARIZAR EL PAGO DE LAS CUOTAS HASTA LA ULTIMA VENCIDA O EN SU DEFECTO SE DISPONDRÁ EL INICIO DE JUICIO POR PARTE DE ESTA CAJA PREVIO AL OTORGAMIENTO DE DICHO BENEFICIO.

→ ME NOTIFICO QUE EL HABER DE LA JUBILACIÓN ORDINARIA SE PAGA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA CAJA DICTE LA RESOLUCIÓN DE OTORGAMIENTO O DESDE LA FECHA DE CANCELACION DE MATRICULA, LA QUE SEA POSTERIOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR EL ART. 49 DE LA LEY 8577.

LA CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL SERA INDISPENSABLE PARA EL COBRO DEL HABER DE LA JUBILACIÓN Y SE DEBEN ABONAR LOS APORTES A ESTA CAJA HASTA LA FECHA DE CANCELACION DE MATRICULA PROFESIONAL.

UNA VEZ INICIADO EL TRAMITE JUBILATORIO EN LA CAJA Y CUMPLIDAS LAS CONDICIONES DE EDAD Y APORTES EXIGIDOS POR LA LEY 8577 PARA LA JUBILACIÓN SOLICITADA, LA FECHA DE CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL ES DE **LIBRE ELECCIÓN Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.**

LEÍDO POR EL SOLICITANTE FIRMA IMPUESTO DEL CONTENIDO DE LAS NOTIFICACIONES PRECEDENTES:

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

DECLARACIÓN JURADA DE TÍTULO PROFESIONAL

CORDOBA, _____ de _____ de _____

DE ACUERDO A LOS SIGUIENTE/S TÍTULO/S PROFESIONAL/ES DE LOS
COMPENDIDOS EN LA LEY NUMERO 8577 A SABER: Médico, Bioquímico,
Farmacéutico, Odontólogo, Médico Veterinario, Obstetra, Licenciado en
Psicología, Kinesiólogo, Fisioterapeuta, Licenciado en Kinesiología y
Fisioterapia.-

DECLARO BAJO JURAMENTO POSEER SOLAMENTE EL/LOS TITULO/S
PROFESIONAL/ES

SIGUIENTE/S: _____

Asimismo me notifico de la obligación de comunicar a la Caja de Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba, todos los cambios de estado de mi
Matrícula Profesional y del Domicilio, dentro de los (30) TREINTA Días
posteriores

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

N° de DOCUMENTO: _____



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba

Teléfono: 0351 4106000

Fax: 0351 4106039

Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

www.cpsps.org.ar

CUENTA DE CAJA DE AHORRO DESIGNADA PARA LA ACREDITACION DEL BENEFICIO SOLICITADO

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO/A:

N°. Afiliado : _____

Apellido: _____ Nombres: _____

D.N.I. N°. : _____ C.U.I.T. Nro: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Domicilio: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

Nº Cuenta: _____

C.B.U.: (Completar los casilleros con los números correspondientes)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Por la presente solicito que los haberes originados por la liquidación de mi beneficio de _____, sean acreditados en la cuenta antes detallada,

dejando constancia que soy titular y que los gastos que ella genere serán afrontados íntegramente por mí.

DEBE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO CONSTANCIA DE LA ENTIDAD BANCARIA CON LOS DATOS DE LA CUENTA DE CAJA DE AHORRO CONSIGNADA.

Firma Solicitante

Aclaración

CERTIFICO que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia:

| |
|--|
| |
|--|